

JOURNEE REGIONALE SUR LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

22 mai 2014

Résultats issus de l'accompagnement de 20 établissements de santé

Dr. Stanislas Johanet

L'ANAP a construit un partenariat avec la HAS pour produire des recommandations organisationnelles co-validées par les deux institutions et construit une **réflexion globale et cohérente** qui répond à plusieurs attentes :

1. Démontrer l'intérêt économique du développement de la chirurgie ambulatoire
 - Participation de 5 établissements à l'élaboration d'un outil d'analyse médico-économique (Outil OPEERA publié en juillet 2013)
2. Fournir des productions à visée organisationnelle (co-validées HAS/ANAP) permettant l'adhésion des professionnels de santé et des établissements de santé
 - Benchmark de 15 ES et publication des recommandations en mai 2013)
3. Aider les établissements de santé à développer la chirurgie ambulatoire
 - Accompagnement de 20 établissements de santé
4. Faire progresser l'ensemble des régions en réalisant un accompagnement ciblé de 3 ARS pilotes ayant un fort potentiel de développement du taux de chirurgie ambulatoire

Liste des établissements impliqués

about santé & medico-social

Publication de recommandations à visées organisationnelles	Etude comparative 15 ES expérimentés	Secteur privé commercial	Secteur public (CHU / CH) et ESPIC
		Hôpital clinique Claude Bernard (site pilote) Centre de la main, Angers Médipôle Garonne, Toulouse Centre Clinical Soyaux Clinique du parc, Saint-Etienne Clinique Mathilde, Rouen Hôpital Privé d'Antony	Sincal, Nancy Centre Léon Bérard, Lyon Fondation Rothschild, Paris CHR Metz-Thionville CHU de Lille Ahnac CHI Poissy Saint-Germain CH Saint-Quentin
	Analyse de risque 5 ES	Clinique Clémentville, Montpellier Diaconesses, Strasbourg	CH Villefranche-sur-Saône CHU Robert Debré CH Avranches
Publication d'un outil d'aide à la décision médico-économique	Etude médico-économique 5ES	Clinique Mathilde à Rouen Clinique Saint Martin à Caen	CHU de Toulouse CH de Béziers Institut Mutualiste Montsouris à Paris
Publication d'une guide opérationnel pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire	Accompagnement 20 ES	Clinique Saint Augustin, Bordeaux Clinique Kennedy, Nîmes Clinique Turin, Paris Clinique de Blois, Blois Clinique chirurgicale le Pré Pasteur, Le Mans Clinique de la Sauvegarde, Lyon Clinique de la Casamance, Aubagne Clinique des Cèdres, Brive	CH d'Avignon CH de Bigorre, Tarbes CH de Mâcon CH de Martigues CH de Villefranche / Saône CHU de Poitiers CHU de Tours, Tours CHU de Brest, Brest Clinique mutualiste Jules Verne, Nantes Hôpital Saint Joseph / Saint Luc, Lyon Hôpital Saint Joseph, Marseille GHICL, Lille
		Accompagnement 3 ARS	ARS Midi-Pyrénées, Lorraine, Auvergne

	Taux d'ambulatoire ¹		Taux de rotation ²		Taux de forain ³	
	2011	T1 2013	2011	T1 2013	2011	T1 2013
ESPIC	28,9%	35,8%	1,05	1,28	Pas assez de données	
CHU	23,8%	27,1%	0,73	0,80	29%	16%
CH	32,2%	35,8%	0,85	1,04	15,7%	8,3%
Privé	38,1%	44,9%	1,12	1,40	3,9%	3,6%
MOY.	32,4%	37,9%	0,97	1,17	11,6%	7,0%
	(+ 5,5 points)		(+ 20 points)		(- 4,6 points)	

➤ On constate une progression notable des principaux indicateurs quantitatifs

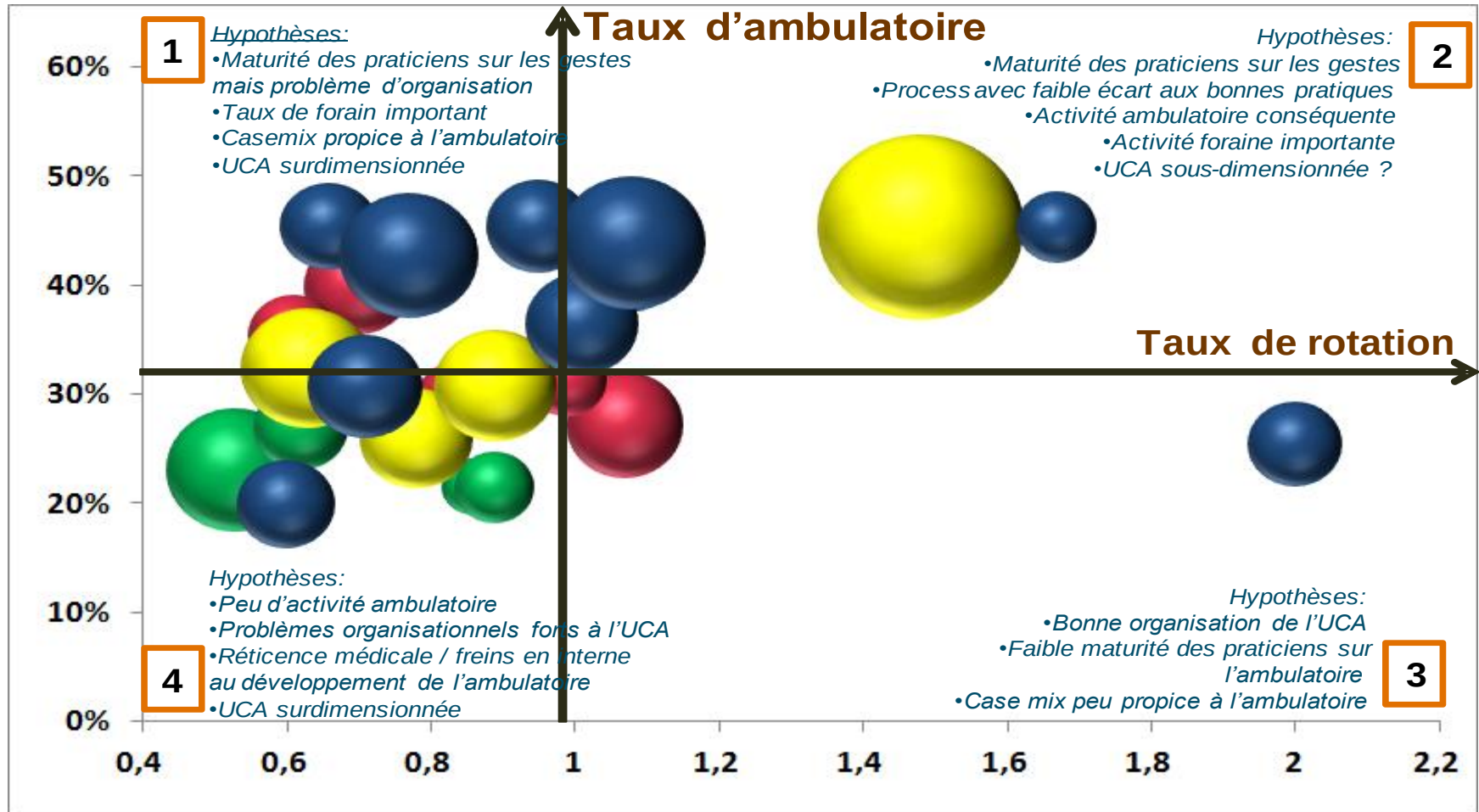
- La part d'ambulatoire des établissements a bien progressé (+ 5,5 points en 1 an).
- Les établissements ont optimisé le fonctionnement de leur UCA : nette progression des taux de rotation (+20 points).
- Des actions ont été entreprises pour récupérer l'activité ambulatoire hébergée hors UCA, mais les taux de forain restent encore relativement élevés (7%).

¹Taux d'ambulatoire : Taux d'actes chirurgicales réalisés en ambulatoire

²Taux de rotation : Nbre de patients pris en charge à l'UCA / (nombre de places ouvertes * nombre de jours d'ouverture de l'UCA).

³ Taux de forain : Nbre de patients d'ambulatoire hébergés dans un service d'hospitalisation complète / nombre de patients opérés en ambulatoire

Matrice activité / organisation UCA (Situation initiale 2011)

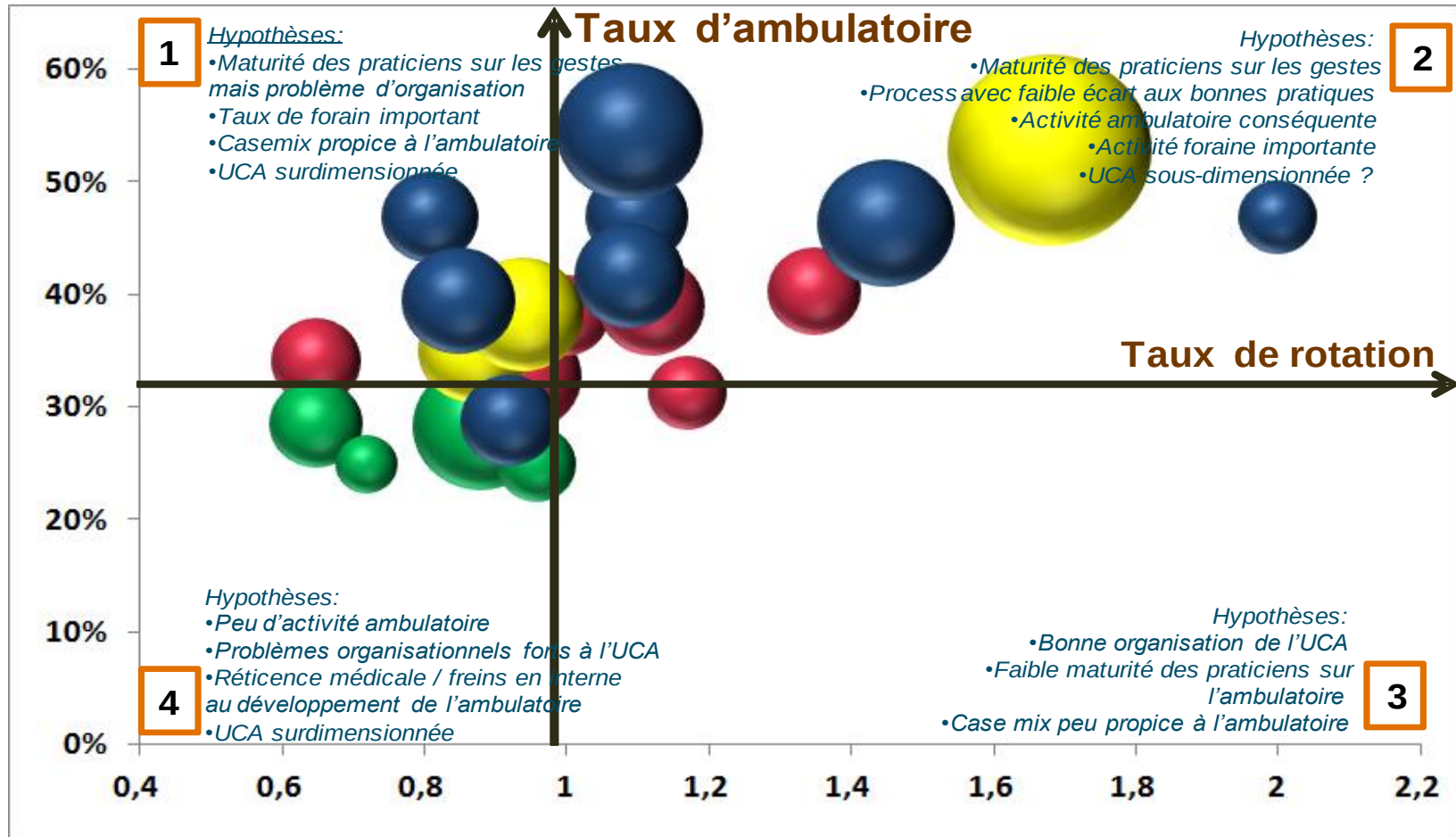


Légende:



**Taille de la bulle :
Nombre de places UCA**

Matrice activité / organisation UCA (Situation 1^{er} Trimestre 2013)



Légende:



Taille de la bulle :
Nombre de places UCA

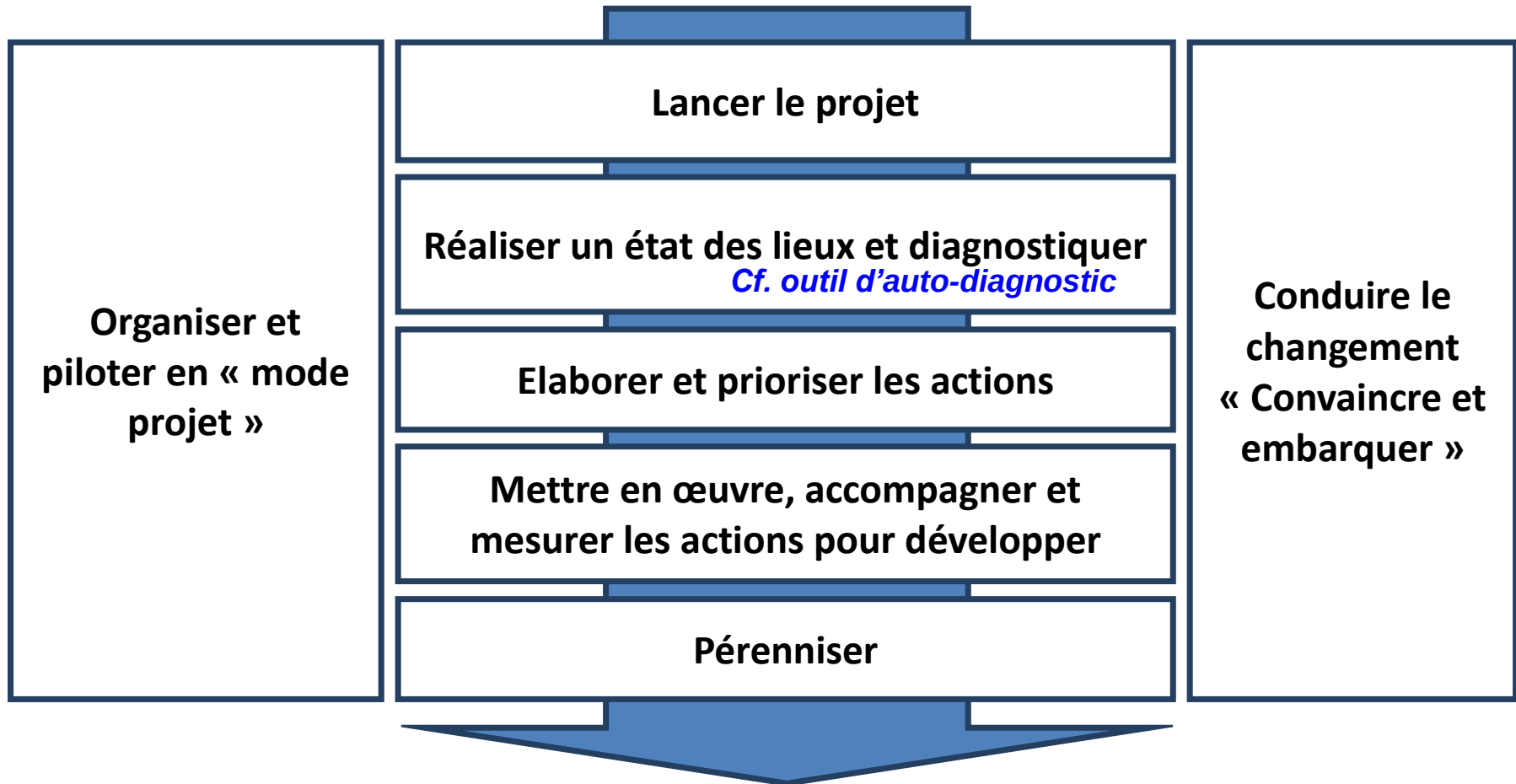
Chirurgie ambulatoire mode d'emploi



Ce Guide :

- Est issu de l'expérience acquise auprès des 20 établissements de santé accompagnés
 - Permet une démarche pragmatique pour chaque établissement voulant développer sa chirurgie ambulatoire quelque soit son niveau de maturité initial
 - Est complémentaire aux autres productions de l'ANAP
 - Est une déclinaison opérationnelle des recommandations HAS / ANAP
 - Comporte trois chapitres :
 1. Démarche opérationnelle
 2. Mode d'emploi issu de fiches de retour d'expérience
 3. Pour aller plus loin sur le plan méthodologique
- + Annexes

Les grandes étapes de la démarche :



Les facteurs clés de réussite :

1. Légitimer le projet :

- Inscription dans le projet d'établissement (**Cf. Recommandation E**)
- Communication institutionnelle déclinée à tous les niveaux

2. Mettre en place une organisation opérationnelle :

- Organisation en mode projet (**Cf. Recommandation K**)
- Choix du chef de projet avec une double mission : piloter le projet et mobiliser les praticiens et les autres soignants (**Cf. Recommandations D et K**)
- Identification d'un temps dédié au projet
- Identification de praticien(s) leader(s) (**Cf. Recommandation D**) sus

3. Choisir les objectifs :

- Priorisation en fonction des motivations des acteurs (Cf. Recommandations D et L HAS/ANAP)
- Identifier le potentiel de substitution (Cf. Outil OPEERA)
- Choix d'indicateurs pertinents

4. Réaliser des échanges inter-établissement :

- Réflexion inter-établissement sur les pratiques organisationnelles
- Réunions inter-établissement des praticiens d'une même spécialité et d'autres soignants sur les pratiques professionnelles

5. Créer les conditions d'une émulation interne et externe :

- Mesure, diffusion et partage des indicateurs
- Echanges sur les organisations et bonnes pratiques

- Les établissements de santé accompagnés **ont augmenté leur taux de 5,5 % en moyenne (attention à l'effet case-mix !)**
- **Participation active et nécessaire** de l'ensemble des acteurs : direction, équipe médicale, équipe paramédicale, encadrement **mais également un projet médical qui constitue la référence et porte le développement de l'ambulatoire**
- La collaboration **chirurgiens – anesthésistes** est un élément essentiel à la réussite du développement de la chirurgie ambulatoire
 - Il paraît souvent judicieux de protocoliser les prises en charge pour les gestes courants et d'identifier des binômes chirurgien – anesthésiste « moteur » par spécialité
- La contrainte capacitaire en hospitalisation complète devrait **constituer également un levier important**
- Constat de l'appétence de chaque établissement pour des rencontres avec d'autres établissements permettant de partager et de recueillir des témoignages concrets de prise en charge ou d'innovations.
- L'efficacité de la chirurgie ambulatoire doit **être appréhendée de manière globale en analysant les recettes** (qui baissent) **et les charges** (qui baissent plus encore !)

La Chirurgie ambulatoire n'a pas le monopole de la qualité !

L'ensemble des bonnes pratiques organisationnelles observées en chirurgie ambulatoire sont transposables* en hospitalisation conventionnelle

*** Et doivent être transposées**

RETOUR SUR QUELQUES BONNES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES

Pratiques observées dans les 20 ES accompagnés

Ayant donné de bons résultats en termes de progression du taux de chirurgie ambulatoire

Mais à discuter et faire évoluer +++

Non exhaustives

HARMONISER

Les informations relatives aux modalités de prise en charge ambulatoire : documents communs, cohérence des informations

Les critères d'éligibilité des patients à une prise en charge ambulatoire : consensus local formalisé à réévaluer régulièrement

FLUIDIFIER L'AMONT

Mettre en place l'appel de la veille : contenu administratif et soignant, modalités de réalisation, formation des appelants, consignation de l'appel.

Codifier les procédures d'accueil et d'admission : systématiser la pré-admission, échelonner l'arrivée des patients

INTEGRER L'ACTIVITE AMBULATOIRE DANS L'EXISTANT

Choisir un type de structure : intégrées, autonomes, satellites, indépendantes

Transférer en UCA l'activité foraine

Intégrer l'activité ambulatoire dans le programme opératoire : anticiper l'ordonnancement, lisser l'activité, prévoir

Fluidifier le passage en SSPI : identifier les patients ambulatoires, définir un temps cible de passage en SSPI ?

Former les personnels médicaux et non médicaux aux spécificités de la prise en charge ambulatoire

FORMALISER LE PARCOURS PATIENT

Rationaliser et formaliser les étapes types pour anticiper les échéances

Fluidifier le transport des patients

Optimiser le séjour en UCA : « Pas une heure de plus que nécessaire à l'hôpital », améliorer la rotation

Protocoliser la sortie du patient : règle des signatures, score de sortie partagé, mise en place d'un salon de sortie

MONITORISER LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

**Surveiller en temps réel les principaux indicateurs de suivi
de l'organisation**

Mesurer la satisfaction du patient

Mettre en place l'appel du lendemain

ASSURER LA CONTINUITE DES SOINS

Informer le patient des possibilités de prise en charge

Garantir le recours en intra-hospitalier

Assurer la continuité des soins avec les partenaires extérieurs

Communiquer avec les professionnels de santé « de ville »

- **Rassurer sur la qualité de l'offre ambulatoire**
- **Identifier les axes de coopération**

Et maintenant...

Le développement de la chirurgie ambulatoire est à resituer dans le contexte de la réduction de la DMS en chirurgie (Récupération Rapide Après Chirurgie – Réhabilitation post-opératoire précoce, etc.)

La réduction de la DMS et le passage en ambulatoire concernent tout autant la médecine, la gériatrie et la psychiatrie.

Il existe probablement un besoin de structure intermédiaire entre la consultation externe et l'UCA ou l'hôpital de jour avec une tarification adaptée.

L'hôpital qui se dessine ainsi progressivement est celui d'une intégration optimale dans le parcours de soins du patient (Stratégie Nationale de Santé).